Ein Fall von Progenie

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Johanna Hintze

aus Potsdam

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 18. Oktober 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

95

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

D e k a n : Prof. Dr. **Bonhoeffer**
R e f e r e n t e n : **Prof. Dr. Klapp.**
Prof. Dr. Bier.

Die Progenie oder Makrognathie ist gekennzeichnet durch ein starkes Längenwachstum des Unterkiefers, besonders des horizontalen Astes, was eine Prominenz des Kinns gegenüber dem Oberkiefer bedingt.

Ueber die Ursachen der Progenie ist wenig bekannt. Einige haben Vererbung festgestellt, andere sie mit psychischen Störungen in Zusammenhang gebracht. In den meisten Fällen beobachtet man weder das eine, noch das andere. Die Progenie tritt als selbständige primäre Erkrankung aus unbekannter Ursache auf.

Diesen sogenannten primären Progenien stehen die sogenannten sekundären Progenien gegenüber. Der Unterkiefer ist ein Teil des Zahnapparates, zu dem nicht nur die Kiefer, Zahnbögen und Zähne, sondern auch die Kaumuskulatur, die Lippen, die Zunge, das Naseninnere, der Gaumen und der Kehlkopf gehören. All diese Teile stehen in zahlreichen Wechselbeziehungen zu einander, derart, daß eine Veränderung eines Teiles weiter wirkend eine Veränderung anderer Teile dieser Gesamtheit hervorruft, und es läßt sich leicht vorstellen, daß durch geeignete Disharmonie der Komponenten auch Progenien zustande kommen können.

In dem Fall K o p s c h handelt es sich um einen Patienten, der an einer auf eine als Encephalitis pontis gedeutete Erkrankung in frühester Jugend zurückgeführten Bulbärparalyse und einer starken Progenie leidet.

Es ist nun die Frage aufzuwerfen, wie es zu dieser Progenie gekommen ist, und ob die Bulbärparalyse neben der beschriebenen Progenie besteht, oder ob und in wieweit sie dazu beigetragen hat, das Bild der Progenie zu schaffen.

In der Familie des Patienten ist kein Fall von Progenie bekannt, und z. Zt. der Geburt war sie nicht vorhanden. Psychische Störungen sind nicht zu konstatieren. Wären psychische Störungen oder Vererbung vorhanden, dann müßte die gleichzeitig bestehende Bulbärparalyse als eine zufällige Nebenerkrankung betrachtet werden. Auch unter Ablehnung von psychischen

Störungen und Vererbung besteht natürlich die Möglichkeit, daß die Progenie eine isolierte Erkrankung aus noch unbekannter Ursache ist. Immerhin liegt doch nichts näher, als die bestehende Bulbärparalyse für die Progenie verantwortlich zu machen.

Die geschädigte Lippenmuskulatur hat auf das Wachstum des unteren Zahnbogens nebst Alveolarfortsatz und Kieferkörper nicht den normalen hemmenden Einfluß ausüben können. Die unbeweglich im Munde ruhende Zunge hat als Last auf die Zähne und den Unterkiefer gewirkt und so eine Vorwärts- und Abwärtstreibung desselben begünstigt. Die Funktionslosigkeit des Kiefers infolge des Ausfalles der Sprach- und Kaufunktion hat den formgebenden Einfluß der Kaumuskulatur ausgeschaltet und zur Entstehung resp. Verstärkung der Anomalie beigetragen. Ferner hat die durch die geringste Progenie veränderte Muskelwirkung wie auch die eine zeitlang bestehende Vergrößerung der Rachentonsillen begünstigend auf das Leiden eingewirkt. Die Vergrößerung des Kieferwinkels ist entweder als Restieren des kindlichen Maßes infolge Funktionslosigkeit oder als Streckung des normal kleinen Winkels ebenfalls infolge fehlender Muskelwirkung und Belastung durch die Zunge zu erklären.

Da also das Zurückführen der Progenie auf die Bulbärparalyse keinerlei Schwierigkeiten bietet und viel natürlicher ist als die Annahme, daß die Progenie neben der Bulbärparalyse als selbständige Erkrankung aus unbekannter Ursache besteht, so sehe ich mich genötigt, sie als Folgeerscheinung der Bulbärparalyse, als sogenannte Progenie aufzufassen.

Angle war der erste, der eine Operationsmethode für Progenien aufstellte und doppelseitige Keilresektion aus dem Kieferkörper, außerdem die Aufkittung eines Fixationsapparates in Gestalt einer nach einem konstruierten Gipsmodell angefertigten Metallplatte vor der Operation und Zusammenschluß der Teile derselben nach der Resektion forderte.

Pichler vervollkommnete die Anglesche Methode noch dadurch, daß er eine Möglichkeit schuf, auch bei einem zahnlosen hinteren Fragment eine Schiene zu konstruieren, außerdem dadurch, daß er die subperiostale Exzision und die stufenförmig ausgeführte, resp. schräg empfohlene Schnittführung am Knochen eingeführt hat.

Unter Nutzung der von Pichler gestellten Forderungen wurde im Fall Kopsch vorgegangen. Es wurde nach genauester Berechnung des zu exzidierenden Keils die fixierende Schiene, eine Gleitschiene, konstruiert, die insofern noch komplizierter gebaut war, als die Pichlers, als sie zwei zahnlose seitliche Fragmente an das mittlere fixieren sollte. Unter Berücksichtigungn der Tatsache, daß es praktisch große Schwierigkeiten bietet, den für einen bestimmten Punkt und für eine bestimmte Ebene genau vor-

her berechneten Teil genau herauszusägen, und Abweichungen schlechte Adaption der Schnittflächen oder schlechte Korrektur bedingen, so ist die Operation im Fall Kopsch von Professor Klapp anders ausgeführt worden. Es wurden unter Lokalanästhesie die Kiefer beiderseits subperiostal von hinten buccal nach vorn lingual durchsägt und die Segmente so gegeneinander verschoben, daß die vorher aufgekittete Schiene zum Schluß kam. Diese Operation bietet den Vorteil, daß nur ein Sägeschnitt beiderseits und dieser in beliebiger Ebene geführt werden muß. Ferner sind die aneinander liegenden Schnittflächen größer und bieten dadurch günstigere Heilungsbedingungen. Auch der Forderung Pichlers ist nachzukommen, daß das mittlere Segment die hinteren belasten solle, damit sie nicht durch den Muskelzug nach aufwärts gezogen werden, indem man die Schnittfläche von oben hinten nach vorn unten legt.

Der Erfolg war gut, die Vereinigung der Segmente war knöchern. Sowohl der in horizontaler wie auch in vertikaler Ebene offene Biß ist korrigiert. Patient hat eine gute Okklusion. Das Kinn ist nicht mehr prominent, und das Profil hat an Schönheit gewonnen.

Lebenslauf.

Ich, Johanna, Dorothea, Clara Hintze, wurde am 9. 1. 1895 als Tochter des Kaufmanns Paul Hintze und seiner Ehefrau Clara, geb. Hanau, in Potsdam geboren. Ich bestand im Februar 1915 an der Chamissoschule zu Schöneberg das Abiturientenexamen, Michaelis 1917 die ärztliche Vorprüfung, im Juni 1920 das medizinische Staatsexamen und erhielt im Juni 1921 die Approbation als Arzt und bin jetzt als Volontärassistentin an der Universitäts-Frauenklinik von Geh. Rat Bumm tätig.